

診断書（精神保健福祉手帳用）

氏名			年 月 日生（ 歳）
住所			
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード（ _____ ） (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード（ _____ ） (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、種別 _____ 級）		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 年 月 日 (※主たる精神障害の初診年月日から6ヶ月経過した時点で申請が可能です。)		
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	(推定発病時期 _____ 年 月 頃) *器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 _____ 、 _____ 年 月 日）		
④ 現在の病状、状態像等（該当する項目の□に✓をつけてください。）			
<input type="checkbox"/> (1) 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 1 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 2 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 3 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____) <input type="checkbox"/> (2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 1 行為心迫 <input type="checkbox"/> 2 多弁 <input type="checkbox"/> 3 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____) <input type="checkbox"/> (3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 1 幻覚 <input type="checkbox"/> 2 妄想 <input type="checkbox"/> 3 その他(_____) <input type="checkbox"/> (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 1 興奮 <input type="checkbox"/> 2 昏迷 <input type="checkbox"/> 3 拒絶 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____) <input type="checkbox"/> (5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 1 自閉 <input type="checkbox"/> 2 感情平板化 <input type="checkbox"/> 3 意欲の減退 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____) <input type="checkbox"/> (6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 1 爆発性 <input type="checkbox"/> 2 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 3 多動 <input type="checkbox"/> 4 食行動の異常 <input type="checkbox"/> 5 チック・汚言 <input type="checkbox"/> 6 その他(_____) <input type="checkbox"/> (7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 1 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 2 強迫体験 <input type="checkbox"/> 3 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 4 解離・転換病状 <input type="checkbox"/> 5 その他(_____) <input type="checkbox"/> (8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> 1 てんかん発作 発作型(_____) 頻度(_____) 最終発作(_____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2 意識障害 <input type="checkbox"/> 3 その他(_____) <input type="checkbox"/> (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 <input type="checkbox"/> 1 アルコール <input type="checkbox"/> 2 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 3 有機溶剤 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____) <input type="checkbox"/> ア 乱用 <input type="checkbox"/> イ 依存 <input type="checkbox"/> ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) <input type="checkbox"/> エ その他(_____) 現在の精神作用物質の使用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無（不使用の場合、その期間 _____ 年 月から） <input type="checkbox"/> (10) 知能・記憶・学習・注意の障害 <input type="checkbox"/> 1 知的障害（精神遅滞） <input type="checkbox"/> ア 軽度 <input type="checkbox"/> イ 中等度 <input type="checkbox"/> ウ 重度 <input type="checkbox"/> 療育手帳(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、等級等 _____) <input type="checkbox"/> 2 認知症 <input type="checkbox"/> 3 その他記憶障害(_____) <input type="checkbox"/> 4 学習の困難 <input type="checkbox"/> ア 読み <input type="checkbox"/> イ 書き <input type="checkbox"/> ウ 算数 <input type="checkbox"/> エ その他(_____) <input type="checkbox"/> 5 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 6 注意障害 <input type="checkbox"/> 7 その他(_____) <input type="checkbox"/> (11) 広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 1 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____) <input type="checkbox"/> (12) その他(_____)			
⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等			
[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 _____]			

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。）

1 現在の生活環境（該当する項目の□に✓をつけてください。）
入院・入所（施設名）
在宅（単身・家族等と同居）
その他（）

2 日常生活能力の判定（該当するものの一つの□に✓をつけてください。）

(1) 適切な食事摂取
自発的にできる
自発的にできるが援助が必要
援助があればできる
できない

(2) 身の清潔保持、規則正しい生活
自発的にできる
自発的にできるが援助が必要
援助があればできる
できない

(3) 金銭管理と買物
適切にできる
おおむねできるが援助が必要
援助があればできる
できない

(4) 通院と服薬（要・不要）
適切にできる
おおむねできるが援助が必要
援助があればできる
できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係
適切にできる
おおむねできるが援助が必要
援助があればできる
できない

(6) 身の安全保持・危機対応
適切にできる
おおむねできるが援助が必要
援助があればできる
できない

(7) 社会的手続や公共施設の利用
適切にできる
おおむねできるが援助が必要
援助があればできる
できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
適切にできる
おおむねできるが援助が必要
援助があればできる
できない

3 日常生活能力の程度（該当する番号を選んで、どれか一つの□に✓をつけてください。）

(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
 (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
 (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
 (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
 (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等）

利用なし / 自立訓練（生活訓練） 共同生活援助（グループホーム） 居宅介護（ホームヘルプ）
その他の障害福祉サービス 訪問指導 生活保護 その他（）

※自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定を同時に必要とする場合は、以下も併せて記載してください。

⑨ 投薬内容

⑩ 精神療法等（該当する項目の□に✓をつけてください。）
通院精神療法 精神分析療法 精神科作業療法 精神科デイケア 認知行動療法
てんかん指導料 その他（） なし

⑪ 訪問看護の指示（有・無）

⑫ 重度かつ継続に関する意見

※「主たる精神障害」のICDコードがF0～F3、G40以外の場合、医師の略歴を記載してください。
（精神保健指定医である等3年以上の精神医療の従事歴がわかるよう記載）

精神保健指定医（指定医番号）
その他の医師

主 に 診 療 し た 精 神 障 害

従 事 し た 期 間

上記のとおり、診断します。 年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電 話 番 号

診療科担当科目

医師氏名